TEST GUESTÁLTICO VISOMOTOR
LAURETTA BENDER

Material de Prueba: 1 juego de 9 láminas de figuras
1 guía para la aplicación
5 protocolos de registro y evaluación

La reproducción total o parcial del contenido de este sobre, en cualquier forma que fuere, viola derechos reservados. Toda utilización debe ser previamente solicitada.

Biblioteca de Evaluación Psicológica



PAIDOS
Defensa 599 1º piso, Buenos Aires

GUIA PARA LA APLICACION DEL B. G.

por JAIME BERNSTEIN

EL TEST

Noticia histórica: La célebre psiquiatra norteamericana Lauretta Bender realizó las investigaciones para su test especialmente en el "Bellevue Hospital" de New York. A partir del año 1932 empezó a publicar sus resultados en la prensa especializada, y en el año 1938 la *American Orthopsychiatric Association* lo dio a conocer en conjunto. El Test Guestáltico de Bender fue bien aceptado por la crítica científica y bien pronto pasó a ocupar un puesto de importancia en toda batería psicométrica contemporánea. Se lo llama, brevemente, B.G.

Objetivo: Examen de la función guestáltica visomotora, su desarrollo y regresiones.

Funcionamiento: Se le presenta al sujeto, en forma sucesiva, una colección de 9 figuras geométricas para que las reproduzca teniendo el modelo a la vista.

Caracterización: Test visomotor, no verbal, neutro e inofensivo.

Aplicaciones: Exploración del retardo, la regresión, la pérdida de función y defectos cerebrales orgánicos, en adultos y en niños (F. Curran, P. Schilder), así como de las desviaciones de la personalidad, en especial cuando se manifiestan fenómenos de regresión (M. L. Hut, H. Spiegel, J. Shor, S. Fischman). En detalle:

a) *Determinación del nivel de maduración de los niños y adultos deficientes.*

b) *Examen de la patología mental infantil:* demencias, oligofrenia, neurosis.

c) *Examen de la patología mental de los adultos:* retrasados globales de la maduración, incapacidades verbales específicas, disociación, desórdenes de la impulsión, desórdenes perceptuales, desórdenes confusionales. Estudio de la afasia, de las demencias paralíticas, alcoholismo, síndromes postraumáticos, psicosis maniaco-depresiva, esquizofrenia.

Empleos: a) En las clínicas psicológicas. — b) En los servicios neurológicos y psiquiátricos. — c) En los gabinetes de orientación profesional. — d) En las clínicas psicopedagógicas escolares. — e) En el Ejército, para diagnóstico y control de neurosis de combatientes. (El "Mason General Hospital" de los EE. UU. lo utilizó en la última guerra.

Margen: Es aplicable a sujetos de 4 años hasta la adultez.

Fundamentos: Está inspirado en la Teoría de la Gestalt sobre la percepción, particularmente en las investigaciones realizadas por Wertheimer, en 1932, sobre las leyes de percepción. También los dibujos patrones, que el sujeto debe copiar, son los que seleccionó Wertheimer para estudiar la estructuración visual y verificar las leyes guestálticas de la percepción. Para mayor información véase el *Manual* y consúltese: Koffka: *Principios de psicología de la forma,* Buenos Aires, Paidós 1955; Guillaume: *La psicología de la forma,* Buenos Aires, Arges 1947; Köhler: *Psicología de la forma,* Buenos Aires, Argonauta 1948; Katz: *Psicología de la forma,* Madrid, Espasa Calpe 1945; Köhler, Koffka y Sander: *Psicología de la forma.* Buenos Aires, Paidós, 1969.

CUADRO DE NORMAS DE MADURACIÓN

(Maduración, retardo, regresión)

Años	Figura A	Figura 1	Figura 2	Figura 3	Figura 4	Figura 5	Figura 6	Figura 7	Figura 8
Adulto	100%	25%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
11 años	95%	95%	65%	60%	95%	90%	70%	75%	90%
10 años	90%	90%	60%	60%	80%	80%	60%	60%	90%
9 años	80%	75%	60%	70%	80%	70%	80%	65%	70%
8 años	75%	[illegible]	75%	60%	80%	65%	70%	65%	65%
7 años	75%	75%	70%	60%	75%	65%	60%	65%	60%
6 años	75%	75%	60%	80%	75%	60%	60%	60%	75%
5 años	85%	85%	60%	80%	70%	60%	60%	60%	75%
4 años	90%	85%	75%	80%	70%	60%	65%	60%	60%
3 años	---------- Garabato ----------								

Resumen de las respuestas para cada año, en los niños en desarrollo. Este cuadro puede emplearse como una escala para determinar el nivel de maduración de los niños hasta los 11 años y adultos deficientes mentales (evalúa la maduración, el grado de retardo o regresión). El porcentaje de niños capaces de dar el tipo de respuesta deseado, o de superarlo, se indica en el ángulo superior izquierdo de cada casillero.

ADMINISTRACIÓN

Material de Prueba: (a) Juego de 9 figuras geométricas, más o menos complejas, impresas en negro, en sendas láminas de cartulina blanca. Estas tarjetas están identificadas: la primera (introductoria o de muestra), con la letra A, y las restantes numeradas en el dorso con los números 1 a 8 (en este equipo se brindan dentro de un sobre, junto con el *Manual*), (b) Protocolos de Prueba: Hojas de papel tamaño carta, (c) 1 lápiz, (d) 1 goma.

Administración de la Prueba: Se administra en forma individual. Puede emplearse como test introductorio.

Mostración: La prueba se inicia con la figura A y se continúa sucesivamente, una a una, con las 8 figuras de la serie, en el orden estandarizado, a fin de que el sujeto las vaya copiando con el modelo a la vista. Las tarjetas se muestran, pues, una por vez, colocadas sobre el margen superior del Protocolo de prueba, en su posición correcta. Si, como suele ocurrir, el examinado prefiere tener el juego de tarjetas en sus manos para examinarlas a fin de orientar adecuadamente la totalidad de los dibujos en el Protocolo de prueba, se permite.

Protocolo de Prueba: Se utilizan hojas de papel blanco común, lisas, de tamaño carta. A menudo bastará con un Protocolo, pero los sujetos de nivel intelectual inferior, confusos o perturbados, suelen necesitar más.

Consigna: Dígase al examinado:

Aquí hay algunas figuras (o dibujos) para que los copie. Cópielos tal como Ud. los ve.

Debe cuidarse que cualquier otra indicación que sea preciso hacerle al sujeto no sea sugeridora. Por ejemplo, si el sujeto pregunta si debe contar los puntos, respóndasele: *No es necesario; pero haga como le parezca.* De manera semejante debe contestarse a cualquier otra pregunta que el sujeto formule.

Manejo de la Prueba: Aliéntese al sujeto a colocar la figura A cerca de la esquina superior derecha del papel, pero si no acepta la sugestión de inmediato, no se insista. — Si el examinado intenta girar la tarjeta para colocarla en alguna otra posición, debe desalentársele. Si persiste, permítasele hacerlo, y anótese el hecho en el Protocolo de registro. — Se aceptan todo los ensayos que el examinado realice con una figura. — Proporciónese al sujeto lápiz y goma. Se permite que el examinado borre a fin de mejorar sus trazos, pero no se lo estimulará en este sentido. No se admite, en cambio, el empleo de auxiliares (regla, monedas, etc.) para efectuar las reproducciones.

Sirve de orientación a la conducta general del examinador, la norma siguiente: El B. G. es un test clínico y no debe manejárselo, en consecuencia, con tal rigidez que perjudique su objetivo: establecer la capacidad del examinado para experimentar las gestalten visomotoras en relación espacial y temporal.

Tiempo: No se fija ni limita el tiempo: no deben retirarse las láminas hasta que el examinado las haya reproducido. No obstante, puede calcularse que, de hecho, la prueba toma por lo regular un lapso de 15 a 30 minutos.

Registro de la Prueba: Regístrese la reacción del sujeto a la situación de prueba, su comportamiento a lo largo de ella y, en especial, toda conducta que en el curso del test se desvíe de las normas señaladas. — En ningún caso (por mucho que el sujeto se desvíe de las normas establecidas) se considerará que el test ha fracasado. — Si el examinado está fatigado, regístrese el hecho, a fin de tenerlo en cuenta en el diagnóstico (la fatiga tiende a exagerar las perturbaciones de la función guestáltica, aumentando las tendencias perseverativas, o provoca otros procesos derivados del deseo de economizar energías o de las tendencias regresivas). Estas anotaciones se hacen en el "Protocolo de Registro".

Protocolo de Registro: En este equipo se brinda un "Protocolo para el registro y evaluación de la prueba", especialmente confeccionado por nosotros. En la *portada* se anotan los datos de identificación del sujeto (filiación, edad, escolaridad, profesión), las circunstancias de la prueba (motivos, fecha, duración, examinador) y la conducta del sujeto. Sirve también para proceder al análisis cualitativo de las reproducciones, una a una, a fin de discriminar los índices significativos (pautas coincidentes y discrepantes inter o intra individualmente). En la página interna se reproduce el protocolo para la evaluación cuantitativa según el sistema de Pascal y Suttell. En la pág. 4 se procede a la evaluación cuantitativa (puntaje) del nivel de maduración según las técnicas de Bender y la de Santucci y Galifret-Granjon.

ANÁLISIS Y EVALUACIÓN

La valoración del test se realiza sobre los datos obtenidos por el análisis de las figuras reproducidas, relaciones recíprocas, el fondo espacial, la formación de patrones en el tiempo, etc., y los datos clínicos. El test se somete a doble análisis y valoración: cualitativos y cuantitativos, para establecer las pautas significativas a los fines diagnósticos.

ANALISIS Y EVALUACION CUALITATIVOS

Análisis: El análisis cualitativo es el fundamental. En este paso deben observarse las características de la organización de las figuras sobre el espacio disponible (copia reducida, copia extendida sobre todo el papel, superposiciones), el grado de claridad de la reproducción, la adhesión o desvío de los modelos (omisiones, desviaciones, adornos extras), las características de los contornos (nítidos, difusos, repasados), de los trazados (continuos, fragmentados, repasados, corregidos, etc.), de los elementos reproducidos (tamaño, posición, orientación, completud, número, duplicación, sustituciones, etc.); la colocación en el plano horizontal o vertical correcta o incorrecta, la orientación hacia la izquierda o hacia la derecha correcta o incorrecta, el grado de movimiento, la interrelación de las figuras (coincidencias, discrepancias, interinfluencias, perseveración, tendencia a clasificar los dibujos, agrupación de figuras similares —horizontales, a base de puntos, etc.— independencia o conexión de las figuras entre sí), el afán de perfección, formalismo, tendencia a las respuestas abstractas o concretas, auxilio mecánico (trazados de líneas auxiliares; uso de goma), etcétera.

Bell (*Técnicas proyectivas.* Buenos Aires, Paidós, 2ª ed., 1964) da los siguientes criterios para el análisis del B. G. Según:

I. LOS MOVIMIENTOS UTILIZADOS EN LA CONSTRUCCIÓN DE LAS FIGURAS:

1) rapidez; 2) ritmo; 3) dirección; 4) perseveración; 5) simplicidad; 6) elaboración.

II. LA FORMA DE LA REPRODUCCIÓN:

1) *Contorno;* a) claro; b) confuso.

2) *Organización de la figura;* a) reproducción exacta; b) percepción exacta del todo con inexactitudes en los detalles; c) reproducción exacta de las partes, pero con fallas de integración en el conjunto.

3) *Orientación espacial;* a) rotación de toda la figura; b) rotación de parte de la figura; c) separación de partes de la figura; d) acentuación del plano horizontal.

4) *Diferenciación de las formas;* a) fallas en la diferenciación (Ej.: garabato.); b) sustituciones y modificaciones (Ejs.: círculos por puntos; movimiento direccional radial por líneas rectas; números o letras en lugar de puntos o círculos; etc.); c) elaboración.

5) *Perseveración;* a) en los trazos empleados en la construcción; b) en la representación de las figuras sucesivas.

6) *Medida;* a) macrografía; b) igual al modelo; c) micrografía.

7) *Omisiones;* a) de entrecruzamientos; b) de formas angulares.

CONDUCTA ASOCIADA:

a) Asociación libre en torno a las figuras; b) **Signos de aprobación o desaprobación** a los dibujos realizados.

Valoración: En función de las características de la producción en su conjunto y en sus detalles, analizados según los criterios generales arriba señalados, se logra establecer índices significativos, útiles al diagnóstico. He aquí las principales pautas significativas en los diferentes cuadros y condiciones patológicas *.

ENFERMEDADES ORGANICAS CEREBRALES

Demencia Paralítica: Los dementes paralíticos suministran diferentes clases de respuestas, en parte debido al tipo de síndrome clínico. *Niveles intelectuales superiores:* se aprecian en los contornos generales y en las tentativas de perfección formal; eventual aparición en las gestalten de la letra inicial del nombre del paciente o de algún elemento personal. *Tipos embotados, aletargados, propensos al coma:* pobreza de impulsos y fragmentación arbitraria de la configuración, sugerida más por la mera apariencia de las formas que por los principios **guestálticos** genéticos. (En estos casos la lesión acaso sea más basal que cortical.) *Tipos expansivos:* tendencia a sustituir partes de la configuración por letras, números, rayas, o la inicial del nombre del paciente, en tanto la figura total se conserva casi intacta (sustitución **similar a la confabulación**). La figura total suele estar mal orientada sobre el fondo (rasgo confusional). Algunas partes del diseño modificadas (por ejemplo, los dos extremos de la Fig. 8, que aparecen dilatados, aunque la totalidad de la figura permanece casi intacta). Se mantienen los principios generales de la gestalt. *Casos precoces de demencia paralítica, en personas bien integradas que han sido tratadas al comienzo de la enfermedad:* rasgos compensatorios; tendencia a una perfección formalista e impersonal. Casi siempre algún signo indicador de uno u otro tipo de desviación paralítica o la regresión a algún rasgo primitivo (uso de redondeles cerrados o perseveración en sentido horizontal y hacia la derecha). Los rasgos primitivos son **más comunes en los casos de afasia**, agnosia o apraxia.

Ver: *Manual*, cap. VIII, pág. 112

Psicosis Alcohólica: Gestalten visomotoras profundamente perturbadas; figura incompleta y distorsionada por repetición de trazos. *Casos menos graves:* perseveración de los impulsos motores o movimiento rítmico (no de la forma, tal como aparece en los casos de **afasias sensoriales**). *Estados alucinatorios crónicos de tipo alcohólico:* gestalt como totalidad bien percibida, pero con contornos difusos (tal vez a causa de dificultades perceptuales, del temblor y del impulso motor a la repetición de las líneas). *Estados confusionales:* dificultades motoras menos marcadas; las fallas perceptuales ocupan el primer plano y revelan perturbaciones en la integración de las partes dentro del todo y en la orientación de la figura sobre el fondo.

Ver: *Manual*, cap. VIII, pág. 122

Psicosis Traumáticas: *Cuadro confusional postraumático agudo:* obnubilación de la conciencia y dificultades para la realización de la síntesis de la percepción y la función guestáltica. Regresión a rasgos primitivos y signos de confusión (especialmente en la mala orientación de la figura sobre su fondo). Cuando la obnubilación y el cuadro crónico de Korsakoff desaparecen, puede o no haber perturbaciones en la percepción y en la función **guestáltica**. *Casos en que el traumatismo parece ser importante y está asociado con signos de perturbaciones neurológicas:* rasgos de Korsakoff en el patrón visomotor; retención de la configuración como totalidad y adecuada orientación de la figura sobre su fondo, pero con una tendencia a la regresión a respuestas primitivas y la modificación o sustitución de partes de la figura sin interferir la estructura guestáltica.

Ver: *Manual*, cap. VIII, pág. 129

Estados Confusionales Agudos: Perturbación en la integración de las partes de la figura con respecto al todo, y del todo en relación con el fondo. En comparación con esta dificultad primaria, la regresión a niveles primitivos tiene importancia secundaria. Eventual micrografía asociada a pobreza de impulsos (casos de letargo o embotamiento). Rasgos confusionales: a) moderada regresión a respuestas más primitivas; b) algunas dificultades en la integración de las partes de la figura dentro de la gestalt total; c) una casi específica tendencia a orientar mal la figura sobre su fondo: figura completa, pero invertida, como en un espejo, o desviada en un ángulo de 45°. El signo señalado en último término parece ser el más característico del estado confusional.

Ver: *Manual*, cap. VIII, pág. 133

ESQUIZOFRENIA: En la esquizofrenia se observa la perturbación fundamental de la *función* **guestáltica**: disociación de las figuras, a menudo con distorsión básica y resquebrajamiento de los principios guestálticos. Se distorsiona la forma de las unidades y la relación de la configuración guestáltica, en especial en los catatónicos que manifiestan una seria preocupación. *Enfermos que acusan una mayor actividad:* Anormal desintegración y separación de funciones que normalmente constituyen una totalidad, acompañada de incapacidad de lograr la disociación de funciones que tienden a mantenerse demasiado juntas. *Pacientes esquizofrénicos típicos:* distorsiones plásticas, frecuentes roturas en las figuras (no se logra una "gute Gestalt"), inusual cohesión entre todas las figuras y aumento en el movimiento de las figuras sobre el fondo. A menudo, intentos de emplear las figuras como matrices para crear figuras nuevas, **fantásticas o confabulatorias**, mediante adornos con líneas de unión que **destruyen la gestalt original**. ***Niño esquizofrénico:*** Los niños esquizofrénicos muestran tendencias similares. Tendencia a emplear viejas respuestas primitivas entrelazadas con otras más maduras; por tanto: empleo excesivo del movimiento vertical, inclusive en las formas perfectas del rombo. Figuras sobre un plano horizontal unidas para formar una figura vertical. Bordes de círculo inseguros y reiteradamente repasados. Centros de los círculos no bien definidos; en lugar de puntos, muchos círculos pequeños; fragmentación de las formas angulares y cruzadas. Figuras muy elaboradas, agrandadas y repetidas por falta de un rápido control. Producto total: un modelo de gran fluidez basado en un movimiento vertical. Complacencia y coherencia motora entre los límites de dos objetos. Esfuerzo para explorar y fijar las profundidades o las terceras y cuartas dimensiones. En una matriz fluida bien modelada hay áreas en las cuales el modelo está roto; parte de la figura está separada del todo y gira más rápidamente; por ejemplo, un grupo de pequeños círculos.

Ver: *Manual*, cap. IX, pág. 138

PSICOSIS MANÍACO-DEPRESIVA: **Frente a la prueba suelen deprimirse mucho y sufrir fuertes inhibiciones** que les imposibilitan responder; o también, mostrarse demasiado irritables o excitados como para prestar atención al test. *Depresiones moderadas:* de ordinario, reproducciones exactas y de gran limpieza, que sugieren minuciosidad compulsiva. Estos pacientes borran a menudo y se esmeran por lograr la corrección; sin embargo, no quedan satisfechos con los resultados. *Manías moderadas:* el mismo tipo de copia, pero en tiempo menor, y los enfermos se muestran complacidos al término de su tarea.

Ver: *Manual*, cap. X, pág. 150

DEFICIENCIA MENTAL: *Deficiencia de grado leve.* Menor diferenciación, un sistema más unificado, una gestalt de mayor vigor y simpleza, semejante a la producción de los niños normales de menor edad: por lo común parecen denunciar al deficiente constitucional hereditario. Pero aun en ellos no se halla un simple retardo de todos los principios de la

* El propósito de esta Guía es servir de simple medio para facilitar la introducción en el test y agilizar el manejo del *Manual*, cuya consulta es, obviamente, indispensable. Aquí sólo se señalan los rasgos capitales de cada cuadro patológico, según las indicaciones de L. Bender. Lo único novedoso que se brinda es el material suministrado por Bender en sus obras más recientes, ulteriores a la publicación del B. G. Para una información de detalle, en cada caso se remite al *Manual*, con indicación de capítulo y página.

función guestáltica visomotora integrada. El control motor es de ordinario mejor en los niños normales de menor edad. Por lo general dibujos caracterizados por su pequeñez y por la conservación de energía. Libre utilización del redondel primitivo. Los patrones poseen mayor rigidez. En las respuestas de los deficientes mentales pueden apreciarse toda suerte de desviaciones en las reacciones de la personalidad y en la función guestáltica. Muchos sujetos que parecen débiles mentales, evidencian en sus dibujos guestálticos perturbaciones afásicas más o menos graves que se caracterizan por el uso de símbolos *de unidades primitivas repetidas* por perseveración; otros exhiben fenómenos disociativos típicos de la esquizofrenia; algunos ponen de manifiesto perturbaciones de los impulsos, con pobreza de respuestas, o evidencias de rasgos hiperkinéticos, y, finalmente, se hallan sujetos con dificultades perceptuales, rasgos confusionales con orientación inadecuada de las figuras totales o de partes de ellas sobre el fondo. En suma: denuncian particular dificultad con las paralelas, formas angulares y cruzadas; reproducen los puntos por círculos y la recta por un movimiento ondulante radial.

Ver: *Manual*, cap. XII, pág. 182

LESIONES CEREBRALES INFANTILES

El test guestáltico visomotor es un instrumento eficaz para diagnosticar las lesiones cerebrales infantiles. Síntomas de lesión cerebral orgánica: el impulso y las perturbaciones confusionales. El tipo de perturbación ayuda al diagnóstico de la clase de lesión orgánica asociada a estos rasgos.

AFASIA SENSORIAL

En diversos sujetos con enfermedades orgánicas cerebrales, en los que la afasia sensorial constituía un síntoma destacado, L. Bender halló que las funciones primitivas de la guestalt no sólo se conservaron sino que inclusive se exageraron y que la función guestáltica parece hallarse tanto más afectada cuanto más próxima esté la lesión de la región occipital.

Ver: *Manual*, cap. VII, pág. 89

PSICONEUROSIS

En las psiconeurosis no cabe esperar perturbaciones de la percepción o de la función guestáltica visomotora, pues en ellas sólo está perturbado el desarrollo normal de los procesos emocionales desde la infancia del individuo. Empero, algunas gestalten pueden convertirse en símbolos de las tendencias infantiles insatisfechas y representar las preocupaciones, obsesiones y compulsiones del individuo.

Ver: *Manual*, cap. XIV, pág. 207

ANALISIS Y EVALUACION CUANTITATIVOS

El análisis cuantitativo sirve de auxiliar, con las ventajas de su mayor objetividad. Para estimar el nivel de maduración en los niños, Bender suministra en el Manual un cuadro de fácil consulta y suma utilidad que reproducimos en la primera página de esta Guía. El test se estandarizó sobre ochocientos niños de 3 a 11 años, pertenecientes a distintos grados escolares (primero a quinto). Dado que los niños de 3 años y menores (a menos que se les permita imitar) por lo común sólo reproducen garabatos y que a los 11 años ya reproducen todas las figuras satisfactoriamente, en tanto los adultos sólo agregan una cierta perfección motora o una absoluta fidelidad en los detalles, tamaños y distancias, debe considerarse que el B. G. mide el grado de madurez de la función guestáltica visomotora sólo entre los 4 y los 11 años de edad. He aquí las principales normas derivadas del rendimiento estándar de los niños hacia esas edades:

2 ½ años a 4 años: Garabato, en forma de espirales o movimientos pendulares. La dirección la determina la mano que se emplee: *dirección dextrorsa* (sentido del movimiento de las agujas del reloj) si se emplea la mano derecha; *dirección sinistrorsa* (sentido contrario al movimiento de las agujas del reloj) si se emplea la mano izquierda. Al garabato sigue el dibujo de pequeños círculos cerrados o partes de círculos. Tendencia a perseverar en la reproducción de la primera figura en respuesta a las ulteriores.

4 años: En todas las figuras la forma se expresó mediante círculos y redondeles cerrados colocados sobre un fondo; la dirección por líneas horizontales y de izquierda a derecha; la idea de número, mediante masas y la perseveración. Todos estos elementos pueden combinarse en cierta medida a fin de producir la integración de un patrón.

5 años: Modifica sus círculos y redondeles y los transforma en una especie de cuadrados cerrados, o figuras oblongas ovaladas o círculos abiertos: traza arcos en diversas combinaciones, incluyendo la perseveración de arcos concéntricos e igualmente persevera en series de dibujos horizontales en dirección vertical y cruza líneas verticales y horizontales.

6 años: Dibuja cuadrados cerrados y en posición oblicua y representa relaciones de oblicuidad mediante dos redondeles entreabiertos y un segmento de redondel en relación con otro. Hace círculos tan pequeños que en verdad constituyen puntos y representan puntos en el espacio. Puede, pues, reproducir correctamente las figuras A, 1, 4 y 5. Suele ser capaz de cruzar líneas y hacer líneas onduladas.

Después de los 7 años: A los 7 años reproduce la figura 8; a los 8, la figura 6. Progreso en lo que respecta a las relaciones de oblicuidad y a aumento de la capacidad combinatoria.

10 años: Reproduce las figuras 2 y 7. Es capaz de producir una perseveración dextrorsa horizontal de sucesiones oblicuas verticales compuestas por tres círculos.

11 años: Reproduce la figura 3. Se le exige al niño que trace la Fig. 3 como una serie dextrorsa horizontal de ángulos obtusos, con una amplitud creciente, en lugar de dibujar los arcos concéntricos que emplean los niños menores.

Véase en el Manual (págs. 158 hasta 174) las Tablas de normas para la puntuación de cada una de las figuras (A, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 y 8), con una graduación de siete rangos (puntajes 1 a 7), con indicación de sus frecuencias en los sujetos de 3 a 11 años y en el adulto. Estas tablas se resumen en el cuadro que, para su más fácil manejo, se da en la primera página de esta Guía.

De acuerdo con dichas normas, se puntúa (con un margen de 1 a 7) cada una de las reproducciones, para calcular así el puntaje final del B. G. Asimismo, confrontando cada reproducción con el cuadro que figura en la primera página de esta Guía, puede estimarse la Edad de Maduración de cada una de las reproducciones, y sobre el promedio derivar una valoración general de la Edad de Maduración y un Cociente de madurez. Puede evaluarse también según la técnica de Santucci y Galifret-Granjon (véase pág. 228).

TECNICA DE EVALUACION DE "SALUD-ENFERMEDAD" DE PASCAL Y SUTTELL

Figura 1

1. Línea ond. (2) ....
2. Puntos, rayas y círculos (3) ....
3. Rayas (2) ....
4. Círculos (8) ....
5. Nº de puntos (2 cada uno) ....
6. Fila doble (8) ....
7. Repaso (2) ....
8. Intentos (3 cada uno) ....
9. Rotación (8) ....
10. Omisiones (8) ....

Total ....

Figura 4

1. Curva asimétrica (3) ....
2. Curva rota (4) ....
3. Curva descentralizada (1) ....
4. Rizos (4) ....
5. Desunión (8) ....
6. Curva rotada (3) ....
7. Adiciones (8) ....
8. Temblor (4) ....
9. Distorsión (8) ....
10. Líneas guías (2) ....
11. Intentos (3 cada uno) ....
12. Rotación (8) ....
13. Omisiones (8) ....

Total ....

Figura 7

1. Extremos separados (8) ....
2. Angulos adicionados (3) ....
3. Angulos omitidos (3) ....
4. Punt. lín. dispersos (3) ....
5. Doble línea (1 cada uno) ....
6. Temblor (4) ....
7. Distorsión (8 cada uno) ....
8. Líneas guías (2) ....
9. Intentos (3 cada uno) ....
10. Rotación (8) ....
11. Omisiones (8) ....

Total ....

Figura 2

1. Línea ond. (2) ....
2. Raya o puntos (3) ....
3. Círculos deformados (3) ....
4. Número de círculos (3) ....
5. Círculos que se tocan (5) ....
6. Desviación, inclinac. (3) ....
7. Nº de columnas (2 cada uno) ....
8. Figura en dos filas (8) ....
9. Líneas guías (2) ....
10. Repaso (2) ....
11. Intentos (3 cada uno) ....
12. Rotación (8) ....
13. Omisiones (8) ....

Total ......

Figura 5

1. Asimetría (3) ....
2. Puntos, rayas y círculos (3) ....
3. Rayas (2) ....
4. Círculos (8) ....
5. Recta unida a punto (2) ....
6. Recta rotada (3) ....
7. Número de puntos (2) ....
8. Distorsión (8) ....
9. Líneas guías (2) ....
10. Repaso (2) ....
11. Intentos (3 cada uno) ....
12. Rotación (8) ....
13. Omisiones (8) ....

Total ....

Figura 8

1. Extremos separados (8) ....
2. Angulos adicionados (3) ....
3. Angulos omitidos (3) ....
4. Punt. lín. dispersos (3) ....
5. Doble línea (1 cada uno) ....
6. Temblor (4) ....
7. Distorsión (8 cada uno) ....
8. Líneas guías (2) ....
9. Repaso (2) ....
10. Intentos (3 cada uno) ....
11. Rotación (8) ....
12. Omisiones (8) ....

Total ....

Figura 3

1. Asimetría (3) ....
2. Puntos, rayas y círculos (3) ....
3. Rayas (2) ....
4. Círculos (8) ....
5. Número de puntos (2) ....
6. Fila adic. (8) ....
7. Obtus. (8) ....
8. Distorsión (8) ....
9. Líneas guías (2) ....
10. Repaso (2) ....
11. Intentos (3 cada uno) ....
12. Rotación (8) ....
13. Omisiones (8) ....

Total ....

Figura 6

1. Asimetría (3) ....
2. Angulos (2) ....
3. Punto de cruce (2 cada uno) ....
4. Curva agreg. (8) ....
5. Doble línea (1 cada uno) ....
6. Añadiduras (8) ....
7. Temblor (4) ....
8. Distorsión (8) ....
9. Líneas guías (2) ....
10. Repaso (2) ....
11. Intentos (3 cada uno) ....
12. Rotación (8) ....
13. Omisiones (8) ....

Total ....

CONFIGURACION

1. Ubic. de A (2) ....
2. Superposición (2 cada uno) ....
3. Compresión (3) ....
4. Líneas de separación (8) ....
5. Orden (8) ....
6. Desorden (8) ....
7. Tam. relat. (8) ....

Total ....

TOTALES

1.	5. ....
2.	6. ....
3.	7. ....
4.	8. ....
Configuración	

PUNTAJE TOTAL .... **NORMA** ....

TEST GUESTALTICO VISOMOTOR

Protocolo de Registro y Evaluación

Modelo Bernstein

NOMBRE .... EXP. Nº ....

FORMA DE ADMINISTRACION .... PRUEBA Nº ....

Motivos de la Apl.	*Fecha de Nac.:* ....
Fecha de hoy:	*Edad:* ....
Duración:	*Escolaridad:* ....
Examinador:	*Profesión:* ....

ANALISIS CUALITATIVO

A

1

2

3

4

5

6

7

8

Síntesis

EVALUACION CUANTITATIVA DE LA MADUREZ

Fig.	Puntaje	Ed. Mad.	Apreciación de Conjunto
A			*Puntaje:*
1			*Edad de Maduración:*
2			*Edad Cronológica:*
3			*Cociente de Madurez:*
4			
5			
6			
7			
8			

TECNICA DE SANTUCCI Y GALIFRET - GRANJON

	Angulo	Orientación	Posición	Adicional	Total
Fig. I					
Fig. II					
Fig. III					
Fig. IV					
Fig. V					
Total					
Norma					

DIAGNOSTICO FINAL
















